

# Declaración de datos

Este formulario fue diseñado para que el trabajador de elegibilidad lo llene durante la entrevista en persona con el solicitante. Sin embargo, el cliente lo puede llenar en situaciones especiales, como cuando se recertifica el grupo para fines de estampillas para comida (grupo) o al solicitar por medio del correo.

**A. ¿Son todas las personas en el grupo ciudadanos de los Estados Unidos (EE. UU.)?**

Sí  No  
 (Si la respuesta es "Sí", vaya a la pregunta "E".)

*Los solicitantes no tienen que proporcionar información ni documentos acerca de la situación migratoria de los miembros de la familia que no son elegibles debido a su situación migratoria y que no están solicitando beneficios.*

Nombre de la persona:	¿Patrocinada?	¿Cuántos años en total ha estado cada persona de su hogar viviendo en los EE. UU.?	¿Cuántos de esos años obtuvieron dinero usted, su esposo(a) y/o sus padres (antes de que usted cumpliera los 18 años) por medio de un trabajo en los EE. UU.?	¿Cuántos de esos años, si alguno, trabajaron usted, su esposo(a) y/o sus padres (antes de que usted cumpliera los 18 años) en los EE. UU., o para una compañía de los EE. UU. mientras estaban viviendo fuera de los EE. UU.?
1.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
2.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
3.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
4.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
5.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
6.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
7.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
8.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
9.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
10.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

**B. ¿Alguna persona en su hogar que no es ciudadano se encuentra activo en el servicio militar de los EE. UU., es veterano, o es el esposo(a) o niño dependiente de alguien que está activo en el servicio militar o de un veterano? Si la respuesta es "Sí", explique:**

Sí  No

Nombre de la persona:	Ramo de servicio:	Fecha de servicio:

**C. ¿Hay una persona en el hogar que es maltratada y que no es ciudadano?**

Sí  No

**D. ¿Alguna persona tiene por lo menos 40 trimestres ó 10 años de trabajo en los EE. UU.? Si la respuesta es "Sí", escriba su nombre a continuación:**

Sí  No

Nombre de la persona (o personas) que tiene por lo menos 40 trimestres de trabajo:

SOLO PARA USO DEL CONDADO

Case Name \_\_\_\_\_

Case Number \_\_\_\_\_

Worker Number \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

TYPE OF APPLICATION

New  Recert

Residency verified

Length of time in another's home

FS ID verified

Received food stamps  
 Where? \_\_\_\_\_  
 When? \_\_\_\_\_

Household Information

Name	Eligible?	Reasons
1. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
2. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
3. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
4. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
5. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
6. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
7. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
8. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
9. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
10. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____

Honorable Discharge verified  
 YES  NO

USCIS Petition Filed?  
 YES  NO

40 Quarters Verified

Own Quarters

Spouse's Quarters

Spouses' Combined Quarters

Parent(s) Quarters

CFAP  YES  NO

Person #: \_\_\_\_\_

# Declaración de datos

**E. ¿Alguien en el hogar tiene 60 años de edad o más y no puede comprar su propia comida ni preparar sus propios alimentos? ¿Alguien en el hogar está ciego, sordo, incapacitado/discapacitado o embarazada? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**  Sí  No

Nombre	Explique	Nombre	Explique

**F. ¿Alguien vive en cualquiera de los siguientes tipos de establecimientos o participa en algún programa de alimentación, incluyendo a los que aparecen a continuación? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**  Sí  No

- Albergue para personas sin hogar
- Albergue para mujeres maltratadas
- Reservación para indios (indígenas de los EE. UU. de América)
- Centro de rehabilitación para personas que usan drogas/alcohol
- Vivienda subsidiada federalmente
- Comedor comunal para personas de edad avanzada/incapacitados/discapacitados
- Vivienda colectiva para personas ciegas/incapacitadas/discapacitadas
- Programa de distribución de alimentos
- Establecimiento correccional/institución penal
- Hospital psiquiátrico
- Institución mental

Nombre	Nombre del centro/albergue/programa de alimentación/etc.	Fecha en que entró	Fecha en que se espera que salga

**G. ¿Le paga usted a alguien o alguien le paga a usted por la comida y/o un cuarto? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**  Sí  No

Nombre de la persona que paga por comidas/cuarto	Nombre de la persona que proporciona las comidas/cuarto	Marque: <input checked="" type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Ambas cosas	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	Número de comidas por día

**H. ¿Algún miembro de su grupo está huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento por un delito mayor (felony), o para evitar ser detenido o encarcelado después de una condena, o por violación de su libertad condicional (probation o parole)? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**  Sí  No

Nombre	Explique	Nombre	Explique

**I. Desde el 22 de agosto de 1996, ¿ha sido usted o algún miembro del grupo condenado de un delito mayor relacionado a las drogas?  Sí  No (Si la respuesta es "No", vaya a la pregunta "K".)**

Si la respuesta es "Sí":

Nombre

Fecha de la condena

¿Fue la condena por alguno de los siguientes?

- Transportar, importar al estado, vender, proporcionar, administrar, regalar, poseer para su venta, comprar con el propósito de vender, manufacturar o procesar componentes químicos con la intención de manufacturar una sustancia controlada; o cultivar, cosechar, o procesar marihuana.  Sí  No
- Promover, inducir, solicitar o intimidar a un menor para que participara en alguna de las actividades mencionadas anteriormente.  Sí  No

**J. ¿Usted o algún miembro de su grupo ha:**

- a) completado un programa de tratamiento relacionado con las drogas reconocido por el gobierno?  Sí  No
- b) participado en un programa de tratamiento relacionado con las drogas reconocido por el gobierno?  Sí  No
- c) estado inscrito en un programa de tratamiento relacionado con las drogas reconocido por el gobierno?  Sí  No
- d) sido puesto en una lista de espera para un programa de tratamiento relacionado con las drogas reconocido por el gobierno?  Sí  No
- e) dejado de usar sustancias controladas y tiene pruebas de que ha dejado de usarlas?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", por favor explique: \_\_\_\_\_

SOLO PARA USO DEL CONDADO

Separate household required  
 YES  NO

Medical Expenses  
DFA 285C Completed  
 YES  NO

FS Eligible Facility  
 YES  NO

Household Elects		
Boarder	HH Member	Roomer
Boarder	HH Member	Roomer

Qualifying Drug Felony?  
 YES  NO

Meets Felony Conditions of Eligibility?  
 YES  NO

# Declaración de datos

SOLO PARA USO DEL CONDADO

**K. ¿Se le han suspendido los beneficios de estampillas para comida a alguien debido a sanciones relacionadas al trabajo o entrenamiento, o por no cumplir con los requisitos de trabajo para adultos con la capacidad de trabajar y sin personas bajo su cuidado (ABAWD), o debido a una violación intencional del programa, o por fraude en la asistencia pública? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**

Sí  No

Nombre	¿Qué?	¿Por qué?	¿Cuándo?	¿Cuánto tiempo?	¿En qué condado/estado?

Exemption from FS work registration and/or the ABAWD work requirements?  
 YES  NO

Good cause if sanction was imposed?  
 YES  NO

Minimum FS sanction completed?  
 YES  NO

Met ABAWD requirements for regaining eligibility?  
 YES  NO

Eligible for 3 consecutive ABAWD months?  
 YES  NO

FS Eligible Student  
 YES  NO

FS Eligible Student  
 YES  NO

Striker Regs Apply  
 YES  NO  
 Gross Monthly Income Earned from Job Before the Strike:  
 \$ \_\_\_\_\_

Voluntary Quit  
 YES  NO  
 Good Cause  
 YES  NO

**L. ¿Está alguien, que tenga 16 años de edad o más, matriculado en la escuela, universidad (college) o en un programa de entrenamiento? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**

Sí  No

Nombre de la persona	Nombre de la escuela	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Otro	# de unidades por semestre/trimestre	¿Está trabajando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No # de horas: _____

**M. En los últimos 60 días, ¿ha dejado alguien de trabajar, o se ha rehusado a trabajar o a participar en un entrenamiento?**

Sí  No

**¿Está alguien en huelga?**

Sí  No

**Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**

Nombre de la persona	En huelga <input type="checkbox"/> Dejó/se rehusó a trabajar <input type="checkbox"/>	Ultimo día que trabajó	Fecha en que recibió su último pago
Nombre y dirección del empleador/entrenamiento		Si dejó o se rehusó a trabajar o participar en entrenamiento, explique:	

**N. En los últimos tres meses, ¿alguien ha vendido, gastado, o regalado algún bien personal o bienes raíces, tal como una casa, cuenta bancaria, dinero proveniente de un convenio legal o debido a un accidente, o cualquier otra cosa? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**

Sí  No

Nombre	Explique

**O. ¿Es alguien dueño de, o está comprando, bienes raíces en algún lugar (dentro o fuera de los EE. UU.)? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**

Sí  No

Tipo:	Dirección o lugar:	Se usa como: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Unidad de renta	Dueño:	Valor aproximado: Cantidad que se debe:

# Declaración de datos

SOLO PARA USO DEL CONDADO

**P. ¿Tiene alguien, incluyendo a los niños, alguno de los recursos anotados en la siguiente lista? Si la respuesta es "Sí", por favor explique a continuación:**  Sí  No

- Dinero en efectivo o cheques
- Cuentas bancarias de inversión en el mercado de valores
- Compensación (de empleados) aplazada voluntariamente para su inversión
- Cuentas individuales de jubilación (IRA) o plan de jubilación Keogh (para personas con negocio propio)
- Fondos de jubilación
- Fondos en fideicomiso
- Cuentas de cheques o cuentas de ahorro
- Derechos en relación a petróleo, minas o minerales
- Contratos de venta
- Cuentas en uniones de crédito
- Otro
- Acciones, bonos, títulos de inversión a plazo fijo (Certificates of Deposit-CDs)
- Hipotecas

Tipo de recurso	Dueño	Valor actual	Cantidad que se debe (si alguna)	Nombre y dirección del banco/institución	Número de cuenta

Total Value = \_\_\_\_\_

**Q. ¿Alguien, incluyendo a los niños, recibe o espera recibir dinero proveniente de alguna de las fuentes mencionadas a continuación?**  Sí  No

- Asistencia monetaria (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños [CalWORKs], Asistencia para Refugiados, Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes [CAPI], Asistencia General/Ayuda General, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas [TANF] para Indígenas de Tribus)
- Beneficios del Estado (beneficios del seguro contra desempleo o contra incapacidad/discapacidad)
- Pagos de la Administración de Beneficios para Veteranos (incapacidad/discapacidad, educación, asistencia y cuidado, etc.)
- Beneficios del Seguro Social o Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP)
- Consejo para la jubilación por haber trabajado para el ferrocarril (incapacidad/discapacidad o jubilación)
- Otros beneficios por incapacidad/discapacidad, jubilación o para sobrevivientes
- Mantenimiento de hijos/esposa(o)
- Subvenciones, préstamos y/o becas para la educación
- Pagos per cápita
- Ganancias de juego (bingo, lotería, premios, etc.)
- Beneficios por huelga
- Asignaciones por entrenamiento
- Otra

Nombre	Fuente del dinero	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?

- SSI pending  YES  NO
- Interim Assistance  YES  NO
- GA  YES  NO
- CAPI  YES  NO

Person #: \_\_\_\_\_

**R. ¿Alguien en el hogar, incluyendo a los niños, trabaja o espera trabajar en los próximos dos meses? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**  Sí  No

Nombre	Empleador y dirección	# de horas que trabaja por mes	Ingresos brutos mensuales

- Self -employed?
- Actual  40%

**S. Para poder trabajar, participar en entrenamiento, ir a la escuela o buscar trabajo, ¿alguien paga por el cuidado de un niño o de un adulto incapacitado/discapacitado? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**  Sí  No

Nombre de la persona(s) que recibe cuidado	Nombre de la persona que paga	¿Cuánto paga?	¿Con qué frecuencia?
		\$	
		\$	

- Is the caretaker a household member?  YES  NO

# Declaración de datos

SOLO PARA USO DEL CONDADO

**T. ¿Alguien más paga todo o parte del costo para el cuidado de los niños de usted? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**  Sí  No

Nombre de la persona que paga	¿Cuánto paga? \$ _____ por _____
-------------------------------	-------------------------------------

**U. ¿Alguien en el hogar paga mantenimiento de hijos? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**  Sí  No

Nombre de la persona que paga	Nombre del niño(s) que recibe el mantenimiento	Cantidad pagada por mes	¿Ordenado por la corte?
		\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**V. ¿Tiene usted o alguien que vive en el hogar algún gasto de vivienda?**  Sí  No

	Nombre	Costo total	Cantidad que usted paga	Cantidad que otros miembros del grupo/ familia pagan	¿Con qué frecuencia hay que pagar?
Renta o pago de casa		\$	\$	\$	
Impuestos y seguro sobre la propiedad (si es por separado)		\$	\$	\$	
Gas, electricidad u otro combustible usado para calentar o enfriar		\$	\$	\$	
Agua, alcantarillado, basura		\$	\$	\$	
Teléfono		\$	\$	\$	
Otro gasto		\$	\$	\$	

**W. Usted puede autorizar a otra persona en su grupo o fuera de su grupo que recoja sus estampillas para comida. Si quiere autorizar a otra persona, complete lo siguiente:**

Nombre del representante autorizado	Dirección del representante autorizado	Número de teléfono

**X. ¿Le interesa recibir información o una referencia acerca de cobertura médica (Programa de Asistencia Médica de California [Medi-Cal] o Programa de Familias Saludables [Healthy Families])?**  Sí  No

Court order on file?  
 YES  NO

Amount ordered: \$ \_\_\_\_\_

Total housing verified?  
 YES  NO

Total housing  
\$ \_\_\_\_\_

Shared housing  
 YES  NO

Utilities verified?  
 YES  NO

Heating or Cooling verified?  
 YES  NO

Utility Allowance?

SUA

LUA

TUA

# Declaración de datos

## CERTIFICACION

- Entiendo las preguntas en este formulario.
- Entiendo que cualquier información que yo he proporcionado, incluyendo información acerca de beneficios e ingresos, se verificará con expedientes locales, estatales y federales, tales como de empleadores; la Administración del Seguro Social; oficinas de impuestos, asistencia pública, y empleo; etc.
- Entiendo que el condado enviará información a la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) para verificar la situación de personas que no son ciudadanos y también a la Administración del Seguro Social para verificar información sobre los trimestres de trabajo para personas que no son ciudadanos y que están solicitando beneficios de estampillas para comida.
- Entiendo que es posible que la información que el condado reciba de la USCIS y/o del Seguro Social afecte mi elegibilidad para beneficios de estampillas para comida.
- Entiendo que la información que yo he proporcionado en este formulario, incluyendo información sobre beneficios e ingresos, está sujeta a investigación y revisión por parte del personal del condado, del estado y del gobierno federal. También entiendo que si proporciono información errónea, es posible que se me nieguen o suspendan los beneficios de estampillas para comida.
- Entiendo mis derechos y responsabilidades (el formulario DFA 285 A3) y estoy de acuerdo en cumplir con mis responsabilidades.
- Entiendo las sanciones, incluyendo las sanciones específicas de descalificación para los beneficios de estampillas para comida que se explican en el formulario DFA 285 A3 por proporcionar información incompleta o por no reportar toda la información o situaciones que pudieran afectar mi elegibilidad o beneficios de estampillas para comida.
- Entiendo que es posible que se le requiera al grupo para fines de estampillas para comida, a cualquier miembro adulto del grupo (aun si ya no vive en el hogar), al patrocinador de un miembro del grupo que no sea ciudadano, o al representante autorizado de personas que residen en una institución elegible, que reembolsen cualquier beneficio que el grupo no debió haber recibido.
- Entiendo que es posible que elijan mi caso para llevar a cabo una revisión adicional para asegurar que mi elegibilidad fue correctamente calculada. También entiendo que tengo que cooperar plenamente con el personal del condado, del estado, y del gobierno federal en cualquier investigación o revisión, incluyendo una revisión del control de calidad.
- Entiendo que no puede recibir beneficios de estampillas para comida ningún miembro de mi grupo que esté huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento por un delito mayor (*felony*) o para evitar ser detenido o encarcelado después de una condena, o por violación de su libertad condicional (*probation* o *parole*).
- Entiendo que no pueden recibir beneficios de estampillas para comida las personas que han sido declaradas culpables a partir del 22 de agosto de 1996 de haber cometido un delito mayor relacionado a las drogas por manufacturar, vender, o distribuir una sustancia controlada o por alguna actividad en conexión con estos actos ilegales; o por cultivar, cosechar, o procesar marihuana o por involucrar a un menor en las actividades mencionadas anteriormente.

***Entiendo que si el condado ha completado este formulario basándose en mis respuestas, he revisado la información y estoy de acuerdo en que se ha escrito correctamente. Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo a las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información que contiene esta declaración de datos es verdadera, correcta y completa.***

Firma (Miembro adulto del grupo para fines de estampillas para comida o representante autorizado)

Fecha

Firma del testigo o intérprete

Fecha

Firma del trabajador de elegibilidad

Fecha